

VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ – TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA

EKONOMICKÁ FAKULTA

KATEDRA VEŘEJNÉ EKONOMIKY

Zdravotnické systémy ve světě

World Health Care Systems

Student: Marta Lacinová

Vedoucí bakalářské práce: Ing. Ivana Vaňková, Ph.D.

Ostrava 2012

VŠB - Technická univerzita Ostrava
Ekonomická fakulta
Katedra veřejné ekonomiky

Zadání bakalářské práce

Student:

Marta Lacinová

Studijní program:

B6202 Hospodářská politika a správa

Studijní obor:

6202R055 Veřejná ekonomika a správa

Specializace:

02 Veřejná ekonomika a správa

Téma:

Zdravotnické systémy ve světě
World Health Care Systems

Zásady pro vypracování:

1. Úvod
2. Zdravotnictví jako systém
3. Typologie zdravotnických systémů
4. Komparace vybraných ukazatelů zdravotnických systémů
5. Závěr

Seznam použité literatury

Seznam zkratk

Prohlášení o využití výsledků bakalářské práce

Seznam příloh

Přílohy

Seznam doporučené odborné literatury:

BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. 223 s. ISBN 978-80-7357-503-8.

DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha: Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9.

HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0.

Formální náležitosti a rozsah bakalářské práce stanoví pokyny pro vypracování zveřejněné na webových stránkách fakulty.

Vedoucí bakalářské práce: **Ing. Ivana Vaňková, Ph.D.**

Datum zadání: 25.11.2011

Datum odevzdání: 11.05.2012

doc. Ing. Petr Tománek, CSC.
vedoucí katedry



prof. Dr. Ing. Dana Dluhošová
děkanka fakulty

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem celou práci vypracovala samostatně. Veškerou použitou literaturu a internetové zdroje uvádím v příloženém seznamu použité literatury. U použitých příloh uvádím jejich zdroj.

V Ostravě dne 8. května 2012

.....

Marta Lacinová

OBSAH

1	Úvod	4
2	Zdravotnictví jako systém	5
	2.1 Zdravotní politika	7
	2.2 Péče o zdraví a zdravotní péče	7
	2.3 Zdravotnické služby	10
	2.4 Shrnutí	11
3	Typologie zdravotnických systémů	12
	3.1 Vybrané charakteristiky zdravotnických systémů	13
	3.2 Národní zdravotní služba (Beveridgův model)	16
	3.3 Národní zdravotní pojištění (Bismarckův model)	18
	3.4 Tržní (pluralitní) zdravotnictví (liberální model)	20
	3.5 Shrnutí	22
4	Komparace vybraných ukazatelů zdravotnických systémů	24
	4.1 Charakteristiky vybraných států	28
	4.2 Zhodnocení charakteristik	34
	4.3 Další informace o zdravotnických systémech těchto zemí	35
5	Závěr	41
	Seznam použité literatury	43
	Seznam zkratk	45
	Prohlášení o využití výsledků bakalářské práce	
	Seznam příloh	
	Přílohy	

1 ÚVOD

Zdravotnické systémy ve světě jsou velmi různorodé. Prakticky každý stát představuje samostatný zdravotnický systém. V roce 2011 bylo členy Organizace spojených národů celkem 193 států, což znamená 193 různých zdravotnických systémů. Každý stát se ovšem liší velikostí, počtem, hustotou a věkovou strukturou obyvatelstva, a také klimatickými podmínkami, historickým vývojem, kulturní, sociální, politickou a ekonomickou úrovní a vývojem. Z tohoto důvodu jsou také zdravotnické systémy jednotlivých států tak odlišné. Liší se nejen z organizačního hlediska, velikostí zdrojů financování, ale také úrovní zdravotnictví a poskytovaných zdravotnických služeb. Přesto lze u zdravotnických systémů jednotlivých zemí vysledovat společné rysy.

Cílem bakalářské práce je charakterizovat základní typy zdravotnických systémů a provést zhodnocení vlivu typu zdravotnického systému na některé ukazatele.

Bakalářská práce je rozdělena do pěti kapitol. První kapitola je úvod. Druhá kapitola definuje zdravotnický systém a jeho části. Třetí kapitola pojednává o třech základních typech zdravotnických systémů. Čtvrtá kapitola uvádí charakteristiky zdravotnických systémů vybraných zemí. Pro hodnocení byly vybrány státy jako zástupci jednotlivých systémů tak, aby měly vysoký podíl HDP na jednoho obyvatele (s výjimkou Polska). Pro zajištění jednotnosti zdrojů a metod jsou ke srovnání využity informace veřejně přístupné z databáze OECD. Zdravotnický systém Národní zdravotní služba je reprezentován Austrálií a Kanadou. Systém veřejného zdravotního pojištění je reprezentován Francií a Polskem. Systém regulovaného soukromého zdravotního pojištění je zastoupen Nizozemím a Švýcarskem. USA reprezentují liberální systém. Pátá kapitola obsahuje závěr, který hodnotí získané informace.

K naplnění cíle práce bude použito metody studia odborné literatury a internetových zdrojů týkajících se problematiky zdravotnictví, komparace a syntézy údajů získaných převážně z OECD.

2 ZDRAVOTNICTVÍ JAKO SYSTÉM

Pro základní představu o zdravotnictví je vhodné využít systémový pohled.

Durdisová¹ (2005, s. 90) definuje systém následovně:

- Systém je komplex strukturálních, funkčních vazeb a závislostí, ke kterým dochází mezi jeho jednotlivými prvky (jednotlivci, sociálními skupinami a dalšími subjekty).
- Se svým okolím tvoří funkční jednotu.
- Může být současně prvkem jak vyššího, tak i nižšího řádu.
- Je v něm obsažen jistý prvek účelné samoregulace.
- Dominantním subjektem i objektem je člověk – jeho potřeby jsou jedním z hlavních kritérií hodnocení funkčnosti systému.

Zdravotnický systém² lze definovat jako organizační celek uspořádaných vztahů mezi veřejností, poskytovateli zdravotní péče, financujícími subjekty a orgány reprezentujícími vládní politiku, v jehož rámci se uskutečňuje zdravotní péče.

Tato definice již v sobě zahrnuje nejdůležitější prvky zdravotnického systému, kterými jsou:

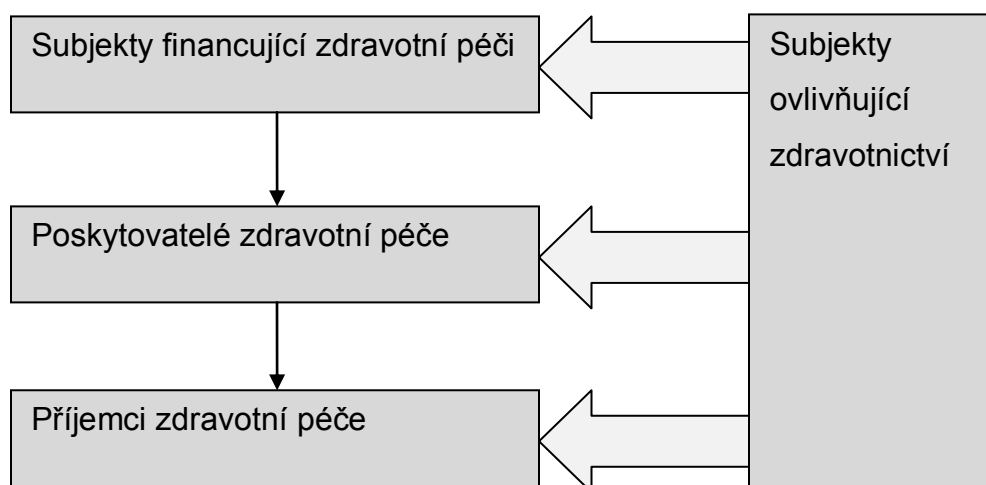
1. **Poskytovatelé zdravotní péče** – jedná se o lékaře, zdravotnická zařízení, atd.
2. **Příjemci zdravotní péče** – jedná se o příjemce zdravotnických služeb: o osoby (pacienti) nebo o veřejnost jako celek.
3. **Subjekty financující zdravotní péči** – stát a další veřejné rozpočty, veřejné a soukromé zdravotní pojišťovny, osoby (pacienti), dobročinné organizace.
4. **Subjekty ovlivňující zdravotnictví** – stát a orgány vytvářející zdravotnickou a sociální politiku.

¹ DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha: Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9, s. 90.

² DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha: Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9, s. 91.

Schéma 2.1 představuje základní prvky zdravotnického systému. Od subjektů financujících zdravotní péči proudí směrem k poskytovatelům zdravotní péče zejména peněžní toky. Jedná se o platby za poskytnutí zdravotní péče nebo předplatby. Poskytovatelé zdravotní péče poskytují zdravotní péči příjemcům zdravotní péče. Subjekty ovlivňující zdravotnictví působí na financující subjekty i na poskytovatele a příjemce zdravotní péče, například formou zákonné regulace.

Schéma 2.1 *Zdravotnický systém*



Zdroj: Vlastní zpracování.

Ze systémového hlediska je třeba uvést také části systému, kterými jsou vstup, výstup, proces a okolí systému. Za **vstupy** zdravotnického systému jsou považováni pracovníci, materiál, vědomosti, dovednosti, zdravotnická zařízení a instituce, finance. Za **výstup** zdravotnického systému je považováno uspokojování zdravotnických potřeb. **Proces** je představován zdravotnickými službami, jenž jsou poskytovány pacientům. **Okolí systému** ovlivňuje cíle, strukturu a funkci zdravotnického systému. Do okolí systému se řadí zdravotní a sociální politika, tradice, hodnotové preference, ekonomická, sociální, zdravotnická a politická situace. Nedílnou součástí systému je **pacient**, který je příjemcem zdravotnických služeb.

Zdravotnictví je odborná a profesionálně vykonávaná část péče o zdraví. Jedná se o systém, jehož základním cílem a úkolem je poskytování zdravotní péče za účelem

zlepšování zdraví lidí. Poskytování zdravotní péče je organizovaná a regulovaná činnost, na kterou jsou vynakládány veřejné nebo soukromé výdaje.

2.1 Zdravotní politika

Zdravotnictví je ovlivňováno zdravotní politikou. Zdravotní politika³ je cílevědomá činnost státu a ostatních subjektů hospodářské a sociální politiky v prostoru vymezeném státem. Tato činnost je zaměřena na ochranu, podporu a obnovu zdraví obyvatelstva. Zdravotní politika je součástí hospodářské politiky státu a v jejím rámci součástí sociální politiky. Zdravotní politika vychází ze:

- stanovených priorit vládní politiky,
- společenského uspořádání a historických tradic,
- ekonomické úrovně státu.

Zdravotní politika odráží rysy konkrétní země a společnosti. Peková⁴ (2008, s. 337) uvádí: „Úroveň zdravotnických služeb, které může příslušný stát poskytnout svému průměrně situovanému občanovi, je měřítkem jeho celkové, nejen hospodářské, ale i kulturní a jiné vyspělosti.“

2.2 Péče o zdraví a zdravotní péče

Zdraví může být vnímáno jako stav nebo jako proces. Durdisová⁵ (2005, s.11) uvádí: „Zdraví jako životní proces se neustále mění, a to v závislosti na změně a reakci obou prvků systému, tj. organismu i vnějšího prostředí. Jde o složitý vzájemný vztah interakce mezi organismem a prostředím, ve kterém se uplatňují zpětné vazby a multifaktorální charakter prvků přírodního a sociálního prostředí.“

³ PEKOVÁ, Jitka, Jaroslav PILNÝ, Marek JETMAR. *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. 3. vyd. Praha: ASPI, 2008. 712 s. ISBN 978-80-7357-351-5.

⁴ PEKOVÁ, Jitka, Jaroslav PILNÝ, Marek JETMAR. *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. 3. vyd. Praha: ASPI, 2008. 712 s. ISBN 978-80-7357-351-5., s. 337.

⁵ DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha: Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9, s. 11.

Ústava Světové zdravotnické organizace z roku 1948 říká, že: „Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, a nejen pouhá nepřítomnost nemoci nebo vady.“ Toto vymezení upozorňuje na tři základní dimenze zdraví: duševní, tělesnou a sociální. Definice zdraví byla v roce 1977 upravena do následujícího znění: „Zdraví je schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život“. Ústava Světové zdravotnické organizace obsahuje další zásady, mezi které patří:

1. „Dosažení nejvyšší úrovně zdraví je jedním ze základních práv každého člověka bez rozdílu rasy, náboženství, politického přesvědčení a ekonomického nebo sociálního postavení.“
2. „Vlády jednotlivých zemí jsou zodpovědné za zdraví svého lidu, jehož může být dosaženo pouze zajištěním přiměřených zdravotních a sociálních opatření.“

V souvislosti se zvyšováním výdajů na zdravotní péči a s problémy zdravotních systémů bylo do Ottawské charty publikované v roce 1986 zahrnuto toto prohlášení: „Zdraví není jen individuální, ale i sociální hodnota, péče o zdraví není záležitostí jen zdravotnického rezortu, ale zdraví by se mělo stát předmětem pozornosti všech společenských struktur, celé veřejnosti, každého občana.“

Péče o zdraví se stala předmětem veřejné politiky v 19. století, kdy byly přijímány první zákony, jenž upravovaly hygienu, poskytování zdravotní péče a také financování a nárok na zdravotní péči. Durdisová⁶ (2005, s. 13) uvádí: „Péče o zdraví v nejširším slova smyslu zahrnuje všechny činnosti, které ovlivňují a determinují vývoj zdraví populace. Péče o zdraví ve všech svých podobách (ochrana, podpora a obnova zdraví) jako disciplína chápe zdraví jako pozitivní externalitu a podmínku existence lidstva. Opírá se o fakt, že ochrana a podpora zdraví je z hlediska národohospodářské efektivnosti ekonomicky výhodnější a z hlediska společenského etičtější než obnova narušeného zdraví.“

⁶ DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha: Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9, s. 13.

Holčík⁷ definuje péči o zdraví jako souhrn zdravotnických, organizačních, ekonomických, výchovných a dalších prostředků, opatření a aktivit, jejichž smyslem je chránit, upevňovat, rozvíjet a navracet lidem zdraví.

Zdravotní péče je součástí péče o zdraví. Je zaměřena na léčbu a prevenci chorob. Zdravotní péči lze rozdělit na zdravotnické služby a na spotřebu materiálu, jenž souvisí s poskytováním zdravotnických služeb.

Zdravotní péči lze dále členit podle míry specializace a technologické a jiné náročnosti na základní (primární) a specializovanou (sekundární a terciární) péči.

Základní (primární) péče je poskytována praktickými lékaři v ordinacích, v ambulancích nebo při návštěvách lékaře v domácím prostředí pacienta. Například v České republice je do primární péče zahrnuta také péče stomatologická a gynekologická.

Sekundární specializovaná péče zahrnuje například chirurgické výkony nebo urologii. Může být prováděna ambulantně nebo v lůžkových zařízeních (nemocnice).

Terciární péče je poskytována prostřednictvím specializovaných pracovišť, která jsou vybavena zařízeními, jenž umožňují lékařům-specialistům využívat náročné technologie a techniky. Jedná se o zákroky typu transplantace orgánů, operace srdce nebo dialýza.

Největší část obyvatelstva zpravidla využívá primární péči, která je nejméně nákladná⁸. Podstatně méně část obyvatelstva využívá specializovanou sekundární a terciární péči, jejíž nákladnost je ovšem mnohonásobně vyšší.

Další možnosti členění zdravotní péče:

1. Podle toho, jaké prostředky jsou při poskytování zdravotní péče využity a v jakém prostředí je poskytována, daný stát rozlišuje péči standardní – za použití

⁷ HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0.

⁸ DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha: Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9.

obvyklých/normovaných prostředků a v obvyklém prostředí, a nadstandardní, která tyto standardy překračuje.

2. Je-li obsah zdravotní péče posuzován a vnímán jako nutný a tedy státem nebo jinými veřejnými institucemi zaručený, označuje se péče jako garantovaná. V opačném případě jako negarantovaná zdravotní péče.
3. Potřebná péče je zajišťována obvyklými postupy a prostředky, které jsou nutné ke zlepšení či zachování zdravotního stavu. V tomto případě se za garantovanou péči považuje ta část potřebné péče, která je finančně podporována státem nebo veřejnými rozpočty.
4. Podle toho, kde je poskytována, se zdravotní péče člení na ambulantní a ústavní.
5. Zdravotní péče se také člení na individuální péči a péči o populaci. Individuální péče je obvykle poskytována ve zdravotnických zařízeních. Péče o populaci zahrnuje zpravidla ochrannou, preventivní, výchovnou péči a zdravotně-politické a administrativní aktivity.

Durdisová⁹ (2005, s. 8) definuje zdraví jako specifickou hodnotou, která sama o sobě nemá povahu hmotného statku, nemá vlastnosti zboží, není a nemůže být předmětem koupě a prodeje. Zatímco zdravotní péče (zdravotnické služby i zdravotnický materiál a léky) může být předmětem prodeje. Mohou ji nakupovat jedinci, veřejné rozpočty, stát nebo soukromé organizace.

2.3 Zdravotnické služby

Zdravotnické služby jsou poskytovány v rámci zdravotní péče. Zdravotnické služby mají charakter nemateriálních činností, které jsou vykonávány výhradně zdravotnickými pracovníky převážně ve zdravotnických zařízeních, pouze v rozsahu své odborné způsobilosti.

⁹ DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha: Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9, s.8.

Specifickým rysem zdravotnických služeb je to, že pacient nemá možnost vyhodnotit, je-li poskytnutá zdravotnická služba výhodná, přínosná či nutná. Ve většině států patří zdravotnické služby mezi tzv. statky pod ochranou, na jejichž kvalitě a spotřebě má stát zájem.

Uspokojování zdravotních potřeb je výstupem zdravotnického systému. Zdravotní potřeby se dělí na individuální a veřejné. Individuální zdravotní potřeby zahrnují péči o zdraví a řešení zdravotních problémů jednotlivých osob. Veřejné zdravotní potřeby zahrnují preventivní opatření, zdravotnickou osvětu, aktivity vedoucí k zlepšování zdraví veřejnosti, k zajišťování slušné úrovně zdraví rizikových skupin obyvatelstva.

2.4 Shrnutí

V této kapitole byl nadefinován zdravotnický systém a jeho hlavní komponenty: poskytovatelé zdravotní péče, příjemci zdravotní péče, subjekty financující zdravotní péči a subjekty ovlivňující zdravotní péči.

Zároveň byly zavedeny pojmy, které jsou součástí systému zdravotnictví, a to zdraví, péče o zdraví, zdravotní péče a její druhy, zdravotnické služby, zdravotní politika a zdravotní potřeby.

3 TYPOLOGIE ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ

Zdravotnictví každého státu je specifické. Je dáno jeho politickými, sociálními, ekonomickými, kulturními podmínkami a zároveň determinováno historickým vývojem, tradicemi a přírodními faktory daného státu. Zdravotnictví je do značné míry ovlivňováno globalizací, mezinárodní spoluprací a sdružováním států na mezinárodní úrovni.

I přes jeho specifickou povahu lze zdravotnictví každého státu zpravidla zařadit do některého ze základních typů zdravotnického systému podle převažujících rysů, jenž jsou charakteristické pro daný typ systému.

Holčík¹⁰ rozlišuje tři základní typy zdravotnických systémů **podle míry regulačních zásahů do struktury a funkce zdravotnictví vykonávaných státem nebo jinými společenskými institucemi:**

1. Liberalistický typ
2. Evropský pluralitní typ
3. Typ národní zdravotní služby

Pro liberalistický typ jsou charakteristické minimální zásahy do zdravotnictví a jeho regulace ze strany státu. Evropský pluralitní typ je představován zeměmi, kde funguje zdravotní pojištění, jenž je regulováno státem. Typ národní zdravotní služby je přímo řízen státem, je zde nejvyšší míra regulace zdravotnictví ze strany státu.

Různorodost zdravotnických systémů byla výstižně charakterizována Holčíkem¹¹, který uvedl, že žádná typologie zdravotnických soustav nemůže zachytit všechny jejich odlišnosti a modifikace. Dalším faktem je, že zdravotnické systémy se neustále vyvíjejí, jsou měněny a reformovány.

¹⁰ HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0.

¹¹ HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0.

Durdisová¹² uvádí členění zdravotnických systémů **podle převažujícího zdroje financování** následovně:

1. Tržní (pluralitní zdravotnictví).
2. Národní zdravotní pojištění (Bismarckovský model).
3. Národní zdravotní služba (Beveridgeovský model).

Zdravotnický systém Národní zdravotní služba je převážně financován z daní. Základním zdrojem financování zdravotnického systému Národní zdravotní pojištění je zdravotního pojištění. U tržního zdravotnického systému převládají soukromé zdroje financování.

3.1 Vybrané charakteristiky zdravotnických systémů

Jako základní charakteristiky zdravotnických systémů lze uvést:

1. Zdroje financování zdravotní péče.
2. Zdravotní pojištění.
3. Garantování péče občanům.
4. Postavení poskytovatelů zdravotních služeb.
5. Formy úhrad zdravotní péče.
6. Způsob platby poskytovatelům zdravotní péče za zdravotní služby.
7. Existence státních zásahů do poskytování zdravotní péče.

Ad.1) Zdroje financování zdravotní péče.

Za jeden ze základních rysů zdravotnického systému je považován *převažující* zdroj financování zdravotní péče. Základním rozlišením je členění na veřejné a soukromé finance.

Mezi formy zdrojů financování patří:

- Veřejné rozpočty (státní rozpočet, municipální rozpočty) - tedy daně.
- Zdravotní pojištění – veřejné nebo soukromé.

¹² DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha: Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9.

- Osobní finance pacientů, dobročinných institucí, zahraniční pomoc.

Zdroje financí jsou zpravidla v daném zdravotnickém systému kombinovány.

Ad 2.) Zdravotní pojištění.

Pokud v zdravotnickém systému existuje zdravotní pojištění, může se jednat o pojištění veřejné nebo soukromé. Oba druhy pojištění mohou fungovat zároveň nebo soukromé pojištění může fungovat jako doplňkové pojištění nebo tzv. připojištění. Důležitým faktorem je dobrovolnost pojištění. Občané se mohou pojišťovat dobrovolně nebo je zdravotní pojištění povinné - nařízené ze zákona. S tím souvisí otázka řešení problému existence nepojištěných osob v systému. Zdravotní pojištění jako produkt může být regulováno zákonem (státem) - například mohou být zákonem určeny stanoveny sazby, vyměřovací základ, rozsah pojistného krytí. V opačném případě je rozhodování o sazbách, rozsahu pojistného krytí, atd. zcela v kompetenci pojišťovny.

Pro posouzení zdravotnického systému je vhodné si ujasnit, na základě čeho se pojistné odvádí. Zda-li každý občan odvádí pojistné podle svých příjmů a možností (např. ČR) nebo se pro stanovení pojistného zohledňuje velikost rizika a případný rozsah plnění (např. USA).

Výše úhrady za zdravotní péči může být vázána na velikost pojistného a také rozsah pojištění může být zásadně vymezen či omezen.

Vhodné je také zhodnotit, kdo je plátcem zdravotního pojištění: stát, občané nebo zaměstnavatelé. Pojištění se může automaticky vztahovat na rodinné příslušníky pojištěnce, nebo může být nutné, aby si každý člen rodiny sjednával pojištění samostatně (případně je za některé členy rodiny odváděno státem).

Ad 3.) Garantování zdravotní péče občanům.

Je nutné se ptát, je-li občanům zdravotní péče garantována, a pokud ano, je-li garantována všem občanům nebo pouze skupinám obyvatelstva. Garantem je zpravidla stát prostřednictvím zákonů. V zákoně může být uvedeno, že nárok na zdravotní péči mají všichni občané bez rozdílu - je to jejich právo. Je nutné rozlišit, je-li toto právo podmíněno určitou platbou nebo je automatické bez ohledu na to, zdali občan systému něco zaplatil či nikoliv. Nárok na zdravotní péči může být spojen s platbami pojistného

na zdravotní pojištění, které může být povinné ze zákona nebo dobrovolné. V systémech zdravotního pojištění mohou existovat osoby, které si ze sociálně-ekonomických důvodů nemohou zajistit zdravotní pojištění a jsou tak vyloučeny ze spotřeby zdravotní péče. Řešení tohoto problému zpravidla přebírá stát, a to tím způsobem, že pojistné za tyto skupiny obyvatelstva odvádí sám nebo poskytuje určité dotace. V systémech, kde zdravotní péče není garantována státem, je každý občan zodpovědný sám za sebe, a je na jeho vůli a schopnostech si zdravotní péči nebo zdravotní pojištění zajistit (například USA).

Ad 4.) Postavení poskytovatelů zdravotních služeb.

Postavení poskytovatelů zdravotních služeb může být regulováno zákony (státem) nebo mohou poskytovatelé fungovat na tržních základech. Poskytovatelé zdravotních služeb mohou být součástí veřejného systému nebo soukromými osobami a organizacemi (ordinace, nemocnice). Lékař může být zaměstnancem státu, instituce reprezentující veřejný rozpočet nebo může být soukromou osobou či zaměstnancem soukromého zařízení. Také nemocnice mohou být veřejnými nebo soukromými subjekty ziskového či neziskového charakteru (ve smyslu fungujícími za účelem dosažení zisku nebo ne).

Ad 5.) Formy úhrad zdravotní péče.

Mezi základní formy úhrad zdravotní péče patří:

- Přímé úhrady od pacientů.
- Úhrady z veřejných rozpočtů.
- Úhrady z veřejného zdravotního pojištění.
- Úhrady ze soukromého zdravotního pojištění.
- Úhrady poskytnuté dobročinnými institucemi a ze zahraniční pomoci.

Způsoby úhrad mohou být kombinovány stejně jako zdroje financí. Důležitým faktorem je, existuje-li spoluúčasti pacienta na úhradách zdravotní péče, v jakých případech případně do jaké míry se na úhradách zdravotní péče podílí stát.

Ad 6.) Způsob platby poskytovatelům zdravotní péče za zdravotní služby.

Způsob platby poskytovatelům zdravotní péče za zdravotní služby se liší nejen mezi jednotlivými zeměmi, ale také v rámci jedné země. Zpravidla jsou placeni jiným způsobem lékaři a jiným způsobem nemocnice. Některé ze způsobů plateb jsou:

- Platba paušálem.
- Platba za konkrétní výkon, bodové hodnocení.
- Kapitační platba - podle počtu registrovaných pacientů.
- Kombinovaná kapitačně výkonová platba.
- Pokladenský systém, kdy pacient hradí zdravotní služby přímo lékaři, poté předloží účet své zdravotní pojišťovně.
- Dvousložkový systém.

Ad 7.) Existence státních zásahů do poskytování zdravotní péče.

Stát může ovlivňovat nabídku a cenu zdravotnických služeb a léků. Může také regulovat vztah mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče.

3.2 Národní zdravotní služba (Beveridgeův model)

Národní zdravotní služba vznikla v roce 1948 ve Velké Británii. Tento systém je používán na Kubě, ve Velké Británii, Španělsku, Dánsku, Itálii, Kanadě a v dalších státech Severní Evropy. Byl používán také v bývalých socialistických státech.

Základním zdrojem financování je státní rozpočet, především daně. Stát garantuje bezplatnou zdravotní péči všem občanům bez ohledu na jejich platební schopnost. Všechny zdravotnické služby jsou garantovány, řízeny a financovány státem prostřednictvím institucí Národní zdravotní služby. Tyto zdravotní služby jsou pro všechny občany bezplatné. Neexistuje zde fond zdravotního pojištění.

Ve Velké Británii existují samostatné Národní zdravotní služby pro Anglii, Skotsko, Wales a Severní Irsko. Instituce, které hospodaří s peněžními prostředky pro NHS

(National Health Service) a zajišťují fungování NHS v Anglii se nazývají Primary Care Trusts.¹³

Základem tohoto zdravotnického systému jsou ordinace praktických lékařů (rodinných lékařů). Praktický lékař kontroluje nebo zajišťuje vstup pacienta do specializované péče a je koordinátorem poskytování zdravotnických služeb. Má hlavní zodpovědnost za prevenci a podporu zdraví ve svém regionu. Praktičtí lékaři jsou soukromoprávními osobami, které mají smluvní pracovní vztah s příslušnou zdravotní pojišťovnou nebo s příslušným regionálním či municipálním úřadem.

Zdravotnická zařízení (nemocnice) jsou zpravidla ve vlastnictví státu a zdravotničtí zaměstnanci jsou zaměstnanci státu, případně soukromými subjekty ziskového nebo neziskového charakteru.

Placení poskytovatelům zdravotní péče v ambulantní sféře ze státního rozpočtu je prováděno převážně kapitační platbou. V lůžkových zařízeních je placení prováděno v závislosti na využití lůžek, což znamená za ošetrovací den (lůžkoden).

Míra finanční spoluúčasti pacienta je velmi nízká nebo žádná.

Může zde existovat soukromé zdravotní pojištění nebo připojištění pro nadstandardní péči. Ovšem za podmínky, že nadstandardní péče nespočívá v poskytování jiné kvality zdravotní péče, nýbrž v jiných výhodách, kterými jsou například krátké čekací lhůty, luxusní vybavení zdravotnického zařízení, atd.

Jako další znaky systému lze uvést:

1. Tento systém umožňuje vládě kontrolovat a regulovat efektivnost využití disponibilních finančních zdrojů.
2. Růst výdajů na zdravotní péči je v důsledku vládní kontroly a regulace nižší než v tržních systémech.
3. Existuje zde závislost systému na daňovém výnosu, což může být problémem v období recese.

¹³ http://www.nao.org.uk/publications/1011/nhs_landscape_review.aspx

4. Vzhledem k tomu, že stát je garantem zdravotní péče a řídí její poskytování, stát také zajišťuje dostupnost zdravotní péče, tedy síť zdravotnických zařízení a návaznost zdravotní péče. Je podporována primární péče. Přístup k praktickým lékařům je neomezený.
5. Neexistuje zde tlak k vytvoření konkurenčního prostředí.
6. Může vést k nedostatečné péči o vlastní zdraví.
7. Je podporován rozvoj nových technologií.
8. Účast soukromého sektoru při poskytování zdravotní péče je poměrně malá.

3.3 Národní zdravotní pojištění (Bismarckův model)

Základním zdrojem financování zdravotnického systému nazývaného také Evropské pluralitní zdravotnictví či Bismarckův model podle Otty von Bismarcka, jenž zavedl tento model v Německu, je všeobecné zdravotní pojištění. Systém je využíván v mnoha evropských zemích – například v Německu, Francii, České republice, Rakousku, Belgii, Nizozemí, Lucembursku, Švýcarsku, Polsku.

V systému zdravotního pojištění vystupují:

1. Pojištěnci – pacienti.
2. Zdravotnická zařízení, tedy poskytovatelé zdravotnických služeb.
3. Zdravotní pojišťovny.
4. Plátcí pojištění – zaměstnanci, zaměstnavatelé, stát, soukromé osoby.

Zdravotní pojištění je zpravidla povinné ze zákona pro většinu obyvatelstva. Pojistné je odváděno zdravotním pojišťovnám, čímž dochází k povinnému předplacení služby – úhrady zdravotní péče. Pojistné je placeno zaměstnanci, zaměstnavateli, soukromými osobami nebo státem – například za důchodce, studenty, matky na mateřské dovolené, nezaměstnané. Zdravotní pojišťovny jsou zpravidla veřejnoprávní subjekty neziskového charakteru. V systému může existovat jedna nebo více zdravotních pojišťoven.

Fungování systému zdravotního pojištění lze shrnout následovně:

1. Plátcí pojištění – tedy zaměstnanci, zaměstnavatelé a stát – platí pojistné zdravotním pojišťovnám za pojištěnce.
2. Zdravotnická zařízení poskytují zdravotnické služby pacientům, tedy pojištěncům.
3. Zdravotnické pojišťovny platí zdravotnickým zařízením za zdravotnické služby, které byly provedeny pro jejich pojištěnce a vykázány.

Pro tento model je charakteristický **princip solidarity**. Existuje zde solidarita zdravého s nemocným, solidarita mladšího se starším, solidarita bohatšího s chudším.

Pojistné na zdravotní pojištění je placeno každým pojištěncem nebo je za každého pojištěnce odváděno v požadované výši, ale zdravotní péče je poskytována podle potřeby toho kterého pojištěnce. Zároveň platí, že pojištěnec odvádí pojistné v závislosti na výši svého příjmu, avšak přijímá zdravotní péči podle svých potřeb.

Zdravotní péče je garantovaná státem zpravidla do výše standardu. Pokud je zdravotní pojištění všeobecné, je péče garantována celému obyvatelstvu. Stát také zodpovídá za dostupnost péče, která je na vysoké úrovni. Je zajištěna vysoká kvalita poskytované péče. Stát ovlivňuje vzdělávání zdravotnického personálu.

Poskytovatelé zdravotnických služeb jsou samostatnými hospodářskými subjekty, které mají smlouvy se zdravotnickými pojišťovnami, u nichž jsou evidováni příslušní pacienti. Poskytovatelé zdravotnických služeb, což jsou lékaři, ambulance, nemocnice, mohou být soukromými nebo veřejnými subjekty, ziskového nebo neziskového charakteru. Základem jsou individuální soukromé praxe ambulantních lékařů a specialistů. Rozsah a kvalitu zdravotní péče určuje lékař.

Úhrada za poskytnutou zdravotní péči je prováděna pojišťovnami.

Převažujícím způsobem platby je výkonová platba, která bývá kombinována s kapitační platbou. Lůžková zařízení jsou placena úhradou za ošetrovací den, která zahrnuje: paušál za diagnostický případ, ošetrovací sazbu a provozní sazbu. Při zavádění spoluúčasti pacienta je zohledňována sociální únosnost.

Mezi další znaky systému lze zařadit:

1. V případě problémů zdravotního pojištění může dojít ke ztížení přístupu pacientů ke zdravotní péči.
2. Vysoké administrativní náklady zdravotního pojištění.
3. Existuje zde konkurence mezi lékaři, zdravotnickými zařízeními, neboť každý pojištěný pacient s sebou přináší jisté finanční prostředky od své pojišťovny.
4. Často dochází ke zvýšené spotřebě léčiv. Uvádí se vysoká návštěvnost lékaře a možnost duplicitní péče.
5. Systém je označován jako byrokratizovaný.
6. Vysoká úroveň zdravotní péče a vybavenost zdravotnických zařízení, rozvoj vědy, výzkumu, vzdělávání.
7. Existence konkurence uvnitř primární péče, kde práce ambulantních specialistů je dominantní, zatímco práce praktických lékařů je podceňována.
8. Výkonová úhrada vede snahám o co největší počet výkonů. Tedy i nadbytečných výkonů, což způsobuje znárůst výdajů.

Šatera¹⁴ (2010) uvádí také následující vlastnosti tohoto systému:

9. Komplikovaný a nepřehledný systém úhrad zdravotní péče.
10. Špatný lékař může být odměňován stejně jako dobrý lékař.
11. Podíl výdajů na zdravotní péči vůči HDP se pohybuje většinou v rozmezí do 12 %.
12. Vysokopříjmové skupiny mají tendenci ze systému utíkat.

3.4 Tržní (pluralitní) zdravotnictví (liberální model)

Přídavná jména liberální a tržní vystihují podstatu tohoto systému. Tento systém vychází z názoru, že péče o zdraví je věcí především samotného jednotlivce, do které má stát zasahovat jen minimálně. Zdravotní služby jsou zde chápány jako zboží, které podléhá zákonům tržní ekonomiky. Občan, jakožto pacient, je chápán jako suverénní jedinec, který je plně zodpovědný za své zdraví a jeho léčení. Dle svých možností si musí sám zajistit potřebné zdravotnické služby na trhu zdravotnických služeb.

¹⁴ ŠATERA, Karel. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010. 115 s. ISBN 978-80-7318-971-6.

V systému existuje soukromé zdravotní pojištění. Zároveň také stát financuje zdravotní služby pro některé skupiny obyvatelstva (občany, kteří žijí pod hranicí životního minima a pro důchodce).

Zdravotní pojištění je dobrovolné. Pojistit se může jedinec, zaměstnavatel může pojistit své zaměstnance a jejich rodiny. Nebo může pojištění zajistit stát. Vzhledem k dobrovolnosti existuje v tomto systému velké procento osob bez zdravotního pojištění. Podle informací publikovaných U.S. Census Bureau¹⁵ bylo v USA v roce 2010 celkem 49,9 miliónů osob bez zdravotního pojištění, což činí 16,3 % populace. V roce 2009 činil počet nepojištěných osob 49 miliónů. V roce 2002 činil tento počet přibližně 40 miliónů. Příloha č.1 obsahuje informace o počtu nepojištěných a procento nepojištěných v USA v letech 1997 – 2010.

Stát není garantem zdravotní péče. Nestanovuje a nekontroluje výši pojistného. Stát také nekontroluje nabídku a cenu zdravotnických služeb. Nevstupuje do vztahu mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče. Nekontroluje dostupnost lékařské péče z územního hlediska. Neexistuje zde jednotná zdravotní politika na federální úrovni.

Poskytovatelé zdravotní péče, lékaři a ambulance, jsou soukromými subjekty. Nemocniční péče je poskytována především soukromými subjekty, ať už ziskového nebo neziskového charakteru.

Úhrady za zdravotnickou péči jsou prováděny přímou platbou pacienta, prostřednictvím soukromých zdravotnických pojišťoven nebo ze státních zdrojů.

Způsob placení je založen zejména na výkonových platbách.

Mezi další znaky systému lze zařadit:

¹⁵ DeNavas-Walt, Carmen, Bernadette D. Proctor, and Jessica C. Smith, U.S. Census Bureau, Current Population Reports, P60-239, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2010*, U.S. Government Printing Office, Washington, DC, 2011.

1. Pacient má svobodnou volbu lékaře, zdravotnického zařízení, zdravotnické pojišťovny. Záleží na jeho sociální situaci a rozhodnutí, zdali bude mít přístup ke zdravotní péči, v jaké kvalitě a v jakém rozsahu.
2. Existence konkurence poskytovatelů zdravotní péče, plátců i pojišťoven.
3. Nepojištěné a sociálně slabé osoby jsou z poskytování zdravotní péče prakticky vyloučeny.
4. V důsledku chybějící státní regulace dochází k nerovnosti v dostupnosti zdravotnické péče a k nerovnoměrnému rozložení zdravotnických zařízení.
5. Vysoké náklady na zdravotní péči a na související administrativu.
6. Nedostatek komplexní péče a nedostatečná preventivní péče.
7. Bohatá nabídka kvalitních zdravotnických služeb.
8. Podpora rozvoje nových technologií ve zdravotnictví.

Tento zdravotnický systém existuje v USA. Do roku 1996 byl uplatňován také ve Švýcarsku.

3.5 Shrnutí

V této kapitole byly nadefinovány tři základní typy zdravotnických systémů: Národní zdravotní služba (Beveridgův model), Národního zdravotního pojištění (Bismarckův model) a Tržní (pluralitní) zdravotnictví neboli liberální model. Byly uvedeny rysy těchto systémů a příklady států, které tyto modely využívají. Přehled hlavních charakteristik těchto zdravotnických systémů je uveden v tabulce 3.1.

Tab. 3.1 Charakteristika základních zdravotnických systémů

Charakteristika	Systém národní zdravotní služby	Systém zdravotního pojištění	Liberalistický systém
Garance zdravotní péče	Stát	Stát prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění	Není
Regulace zdravotní péče státem	Ano	Ano	Není
Převažující zdroj financování	Státní rozpočet	Zdravotní pojištění	Není určen*
Zdravotní pojištění	Pokud existuje, tak jako soukromé doplňkové, nepovinné	Všeobecné, případně soukromé. Zpravidla je povinné.	Soukromé, nepovinné
Mají všichni občané garantovanou zdravotní péči	Ano	Pouze pojištění	Ne
Poskytovatelé zdrav. služeb	Státní i soukromí, ziskoví i neziskoví	Státní i soukromí, ziskoví i neziskoví	Soukromí, ziskoví i neziskové
Úhrada zdravotní péče	Státní rozpočet	Zdravotní pojišťovna	Zdravotní pojišťovna, stát, pacient
Platby zdravotní péče	Převážně kapitační	Převážně kapitační, výkonové	Převážně výkonové

Zdroj: Vlastní zpracování.

*Například v USA lze za převažující zdroj financování považovat zdravotní pojištění. Jedná se o soukromé zdravotní pojištění a vládní zdravotní pojištění, které je reprezentováno vládními (federálními) programy Medicare, Medicaid, vojenskou zdravotní péčí, Children's Health Insurance Program (Dětským programem zdravotního pojištění) a individuálními zdravotními plány na úrovni jednotlivých států USA.¹⁶

¹⁶ U.S. Census Bureau - Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2010

4 KOMPARACE VYBRANÝCH UKAZATELŮ ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ

Tato část práce vychází z údajů poskytnutých OECD pod názvem OECD Health Working Papers No. 50¹⁷ – Institucionální charakteristiky zdravotnických systémů. OECD (Organizace pro ekonomickou spolupráci a vývoj) je mezinárodní organizací, která v rámci svých aktivit mimo jiné sleduje a hodnotí zdravotnické systémy jednotlivých zemí světa. Údaje v OECD Health Working Papers No. 50 byly shromážděny na základě průzkumu 29 zemí OECD: Austrálie, Belgie, České republiky, Dánska, Finska, Francie, Islandu, Irska, Itálie, Japonska, Jižní Korei, Kanady, Lucemburska, Maďarska, Mexika, Německa, Nizozemí, Nový Zélandu, Norska, Polska, Portugalska, Rakouska, Řecka, Slovenska, Španělska, Švédsko, Švýcarska, Turecko a Velké Británie. Tyto země poskytly OECD informace v roce 2009.

Jednou z důležitých informací, kterou tento projekt přinesl, je charakteristika a procento pokrytí obyvatelstva základní primární zdravotní péčí.

Automatické pokrytí znamená, že občan nemusí uzavírat například pojistnou smlouvu se zdravotní pojišťovnou k tomu, aby měl nárok na poskytnutí zdravotní péče. Jeho přístup ke zdravotní péči je automaticky zajištěn narozením, občanstvím, příslušností k určité skupině obyvatelstva, atd. Může se týkat všech obyvatel země nebo pouze vybraných skupin.

Povinné pokrytí znamená, že občan je ze zákona nucen se pojistit. Pojištěním mu vzniká nárok na poskytnutí zdravotní péče. Povinnost uzavřít (hradit) zdravotní pojištění se může týkat všech obyvatel země nebo pouze některých skupin.

Dobrovolné pokrytí znamená, že občan ze své vlastní vůle uzavře smlouvu o zdravotním pojištění (není k tomu nucen žádným zákonem nebo nařízením).

Termín „**nepojištěno**“ znamená, že občan nemá zajištěn nárok na zdravotní péči ať již z titulu automatického pokrytí nebo z titulu uzavření pojistné smlouvy.

¹⁷ Paris, V., M. Devaux and L. Wei (2010), *Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries*, OECD Health Working Papers, No. 50, OECD Publishing.

Procento pokrytí obyvatelstva jednotlivými způsoby uvádí tabulka 4.1.

Tab. 4.1 Charakteristika pokrytí základní primární péče (konec roku 2008), v % obyvatelstva

Země / v % obyvatelstva	Automatické pokrytí	Povinné pokrytí	Dobrovolné pokrytí	Jiné	Nepojištěno
Austrálie	100	0	0	0	0
Belgie	0	99	0	0	1
Česká republika	0	100	0	0	0
Dánsko	100	0	0	0	0
Finsko	100	0	0	0	0
Francie	2,5	97,5	0	0	0
Irsko	100	0	0	0	0
Island	100	0	0	0	0
Itálie	100	0	0	0	0
Japonsko	0	98,8	0	1,2	0
Jižní Korea	0	100	0	0	0
Kanada	100	0	0	0	0
Lucembursko	0	96,8	1,1	0	2,1
Maďarsko	0	100	0	0	0
Mexiko	0	59	22,5	1	17,5
Německo	0,5	83,3	15,2	1	0
Nizozemí	0	100	0	0	0
Norsko	100	0	0	0	0
Nový Zéland	100	0	0	0	0
Polsko	0	99	0	0	1
Portugalsko	100	0	0	0	0
Rakousko	0	98,7	0	0	1,3
Řecko	0	100	0	0	0
Slovensko	55,7	44,3	0	0	0
Španělsko	100	0	0	0	0
Švédsko	100	0	0	0	0
Švýcarsko	0	100	0	0	0
Turecko	0	58,6	8,6	0	32,8
Velká Británie	100	0	0	0	0

Zdroj: OECD Health Working Papers No.50, s. 9.

Z tabulky je patrné, že až na Mexiko a Turecko je ve všech těchto státech téměř stoprocentní pokrytí obyvatelstva základní zdravotní péčí.

Automatické poskytování základní primární zdravotní péče všem obyvatelům je zajištěno ve 13 zemích OECD, kterými jsou Austrálie, Kanada, Dánsko, Finsko, Island, Irsko, Itálie, Nový Zéland, Norsko, Portugalsko, Španělsko, Švédsko a Velká Británie. Toto automatické pokrytí je financováno z daní.

Sociálně zdravotní pojištění, které je povinné pro všechny obyvatele nebo téměř pro všechny obyvatele, a je financováno skrze příspěvky odvozené od příjmu, je zavedeno v 10 zemích OECD: Rakousku, Belgii, Francii, Německu, Řecku, Maďarsku, Japonsku, Jižní Korei, Lucembursku a Polsku. Sociálně zdravotní pojištění je většinou spojené se zaměstnáním a vztahuje se i na rodinné příslušníky zaměstnanců. Německo je výjimečné v tom, že umožňuje nejbohatším obyvatelům vystoupit ze systému sociálně zdravotního pojištění a využít soukromé zdravotní pojištění. Podle informací publikovaných německým spolkovým ministerstvem pro zdraví (Bundesministerium fuer Gesundheit)¹⁸ mělo Německo v roce 2009 celkem 81 802 miliónů obyvatel. Z toho 8,81 miliónů mělo jako hlavní pojištění sjednáno soukromé zdravotní pojištění (PKV). Což znamená, že přibližně 10,7 % obyvatel Německa využívalo soukromé zdravotní pojištění jako své hlavní zdravotní pojištění.

Zbývajících 6 zemí je z pohledu OECD specifických.

Česká republika a Slovensko jsou z pohledu OECD specifické tím, že zaměstnanci jsou pojištěni na základě povinného zdravotního pojištění. Příspěvky na zdravotní pojištění jsou odvozené od příjmů, a jsou placeny nejen zaměstnanci, ale i zaměstnavateli. Zatímco pojistné za rodinné příslušníky zaměstnanců je placeno zdravotním pojišťovnám přímo státem.

V OECD Health Working Papers No. 50¹⁹ je uvedeno: „V Mexiku je více než polovina populace pojištěna ze sociálního zabezpečení. Dalších 20 % obyvatelstva je zajištěno prostřednictvím Seguro Popular, což je veřejně podporovaný, dobrovolný, zdravotnický program. Tento program je zaměřen na obyvatelstvo, které nemá přístup k pojištění ze sociálního zabezpečení. Přibližně 1 % obyvatel Mexika má uzavřeno dobrovolné soukromé zdravotní pojištění.“

Turecko je na cestě k všeobecnému pokrytí zdravotní péče. Podle informací OECD z roku 2009 je zdravotnictví Turecka považováno za smíšeným systém, kterému

¹⁸http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Ministerium/Broschueren/Broschuere_Daten_Gesundheit_2011_Internet_110818.pdf.

¹⁹ OECD – OECD Health Working Papers No.50, s.9: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-systems-institutional-characteristics_5kmfxfq9qbnr-en.

dominuje povinné pojištění ze sociálního zabezpečení. Asi třetina obyvatelstva Turecka je nepojištěna.

Další základní informací, kterou projekt poskytl, je informace o tom, **kdo zajišťuje poskytování základní primární zdravotní péče**. U sledovaných států to může být:

- 1. Národní zdravotní služba**
- 2. Lokální zdravotní služba**
- 3. Všeobecné zdravotní pojištění poskytované jedním pojistitelem**
- 4. Zdravotní pojištění poskytované více pojistiteli**

Přehled zemí je uveden v tabulce 4.2.

Na základě tohoto přehledu lze sledované státy OECD přiřadit do typu zdravotnických systémů následovně:

1. Typ národní zdravotní služby (Beveridgov) financovaný převážně z daní:

Austrálie, Irsko, Island, Itálie, Maďarsko, Nový Zéland, Portugalsko, Švédsko, Velká Británie.

Do tohoto typu lze také zařadit státy s místní zdravotní službou: Dánsko, Finsko, Kanada, Norsko, Španělsko.

2. Typ Bismarckovský financovaný převážně ze zdravotního pojištění:

Belgie, Česká republika, Francie, Japonsko, Jižní Korea, Lucembursko, Mexiko, Německo, Nizozemí, Polsko, Rakousko, Řecko, Slovensko, Švýcarsko, Turecko.

Tab. 4.2 Zajištění základní primární zdravotní péče pro typického zaměstnaného dospělého

Země	Základní primární zdravotní péče je zajišťována
Austrálie	Národní zdravotní služba
Belgie	Veřejné zdravotní pojištění poskytované jedním pojistitelem
Česká republika	Zdravotní pojištění poskytované více pojistiteli
Dánsko	Místní zdravotní služba
Finsko	Místní zdravotní služba
Francie	Zdravotní pojištění poskytované více pojistiteli
Irsko	Národní zdravotní služba
Island	Národní zdravotní služba
Itálie	Národní zdravotní služba
Japonsko	Zdravotní pojištění poskytované více pojistiteli
Jižní Korea	Veřejné zdravotní pojištění poskytované jedním pojistitelem
Kanada	Místní zdravotní služba
Lucembursko	Veřejné zdravotní pojištění poskytované jedním pojistitelem
Maďarsko	Národní zdravotní služba
Mexiko	Zdravotní pojištění poskytované více pojistiteli
Německo	Zdravotní pojištění poskytované více pojistiteli
Nizozemí	Zdravotní pojištění poskytované více pojistiteli
Norsko	Místní zdravotní služba
Nový Zéland	Národní zdravotní služba
Polsko	Veřejné zdravotní pojištění poskytované jedním pojistitelem
Portugalsko	Národní zdravotní služba
Rakousko	Zdravotní pojištění poskytované více pojistiteli
Řecko	Zdravotní pojištění poskytované více pojistiteli
Slovensko	Zdravotní pojištění poskytované více pojistiteli
Španělsko	Místní zdravotní služba
Švédsko	Národní zdravotní služba
Švýcarsko	Zdravotní pojištění poskytované více pojistiteli
Turecko	Veřejné zdravotní pojištění poskytované jedním pojistitelem
Velká Británie	Národní zdravotní služba

Zdroj: OECD Health Working Papers No.50, s. 10. Vlastní zpracování.

4.1 Charakteristiky vybraných států

Tato část se zabývá ukazateli, jenž se týkají se vybraných států OECD. Vybranými státy jsou Austrálie (Národní zdravotní služba), Kanada (Lokální zdravotní služba), Francie (Všeobecné zdravotní pojištění poskytované více pojistiteli), Polsko (Všeobecné zdravotní pojištění poskytované jedním pojistitelem), Nizozemí (Zdravotní pojištění poskytované více pojistiteli, s převahou soukromého pojištění, silná regulace), Švýcarsko (Zdravotní pojištění poskytované více pojistiteli, převaha soukromého

pojištění, silná regulace) a USA (liberální typ). USA jsou zahrnuty, ačkoliv se nezúčastnily průzkumu OECD, neboť jsou základním představitelem liberálního modelu zdravotnického systému.

Následují informace o těchto státech, jenž jsou převzaty z OECD, Country statistical profiles²⁰. Jedná se o základní údaje, které podají představu o tom, jak jsou státy ekonomicky výkonné a kolik činí jejich výdaje na zdravotnictví. Zároveň jsou uvedeny dva ukazatele: očekávaná délka života a kojenecká úmrtnost, u kterých lze říci, že jsou zdravotnictvím ovlivněny. Údaje jsou uvedeny za krátké období 5 let, takže z něj není možné vyvozovat zásadní trend.

Austrálie je představitelem zdravotnického systému typu Národní zdravotní služby. Dle zařazení OECD patří mezi státy s Národní zdravotní službou. Základní informace jsou uvedeny v tabulce 4.3.

Kanada je představitelem zdravotnického systému typu Národní zdravotní služby, dle zařazení OECD patří mezi státy s Místní zdravotní službou. Základní informace jsou uvedeny v tabulce 4.4.

Francie je představitelem zdravotnického systému Národní zdravotní pojištění, dle klasifikace OECD uplatňuje systém Všeobecného zdravotního pojištění, které je poskytováno více pojistiteli. Základní informace jsou uvedeny v tabulce 4.5.

Polsko je představitelem zdravotnického systému Národní zdravotní pojištění, dle klasifikace OECD uplatňuje systém Všeobecného zdravotního pojištění, které je poskytováno pouze jedním pojistitelem. Základní informace jsou uvedeny v tabulce 4.6.

Nizozemí je představitelem zdravotnického systému Národní zdravotní pojištění, dle klasifikace OECD uplatňuje systém Všeobecného zdravotního pojištění poskytovaného více pojistiteli, s převahou soukromého pojištění na straně jedné a uplatňováním silné regulace na straně druhé. Základní informace jsou uvedeny v tabulce 4.7.

²⁰ http://www.oecd-ilibrary.org/economics/country-statistical-profiles-key-tables-from-oecd_20752288.

Švýcarsko je představitelem zdravotnického systému Národní zdravotní pojištění, dle klasifikace OECD uplatňuje systém Všeobecného zdravotního pojištění poskytovaného více pojistiteli, s převahou soukromého pojištění na straně jedné a uplatňováním silné regulace na straně druhé. Základní informace jsou uvedeny v tabulce 4.8.

USA jsou základním představitelem zdravotnického systému Tržní (pluralitní) zdravotnictví. Základní informace o USA jsou uvedeny v tabulce 4.9.

Tab. 4.3 Austrálie – základní informace

Austrálie	r.2005	r.2006	r.2007	r.2008	r.2009
Počet obyvatel v miliónech	20,39	20,69	21,01	21,49	21,95
HDP v miliardách USD	642,1	774,5	831	848,7	884,7
HDP na 1 obyvatele v USD	32 091	37 109	39 087	39 058	39 918
Veřejné výdaje na zdravotnictví v % HDP	5,6	5,6	5,7	5,9	neuveďeno
Veřejné výdaje na zdravotnictví v mld USD	40,7	43,6	47,7	50,4	neuveďeno
Soukromé výdaje na zdravotnictví v % HDP	2,8	2,8	2,8	2,8	neuveďeno
Soukromé výdaje na zdravotnictví v mld USD	20,1	21,9	23,0	23,7	neuveďeno
Očekávaná délka života při narození (let)	80,9	81,1	81,3	81,5	81,6
Očekávaná délka života při narození – muži (let)	78,5	78,7	79,0	79,2	79,3
Očekávaná délka života při narození – ženy (let)	83,3	83,5	83,7	83,7	83,9
Kojenecká úmrtnost na 1000 obyvatel	5,0	4,7	4,2	4,1	4,3

Zdroj: OECD – Country statistical profiles: Key tables from OECD

Tab. 4.4 Kanada – základní informace

Kanada	r.2005	r.2006	r.2007	r.2008	r.2009
Počet obyvatel v miliónech	32,24	32,57	32,93	33,31	33,72
HDP v miliardách USD	1 132	1 200,5	1 263	1 295,9	1 275,6
HDP na 1 obyvatele v USD	35 106	36 854	38 353	38 883	37 808
Veřejné výdaje na zdravotnictví v % HDP	6,9	7,0	7,0	7,2	8,1
Veřejné výdaje na zdravotnictví v mld USD	78,1	83,5	89,0	93,9	102,8
Soukromé výdaje na zdravotnictví v % HDP	2,9	3,0	3,0	3,0	3,4
Soukromé výdaje na zdravotnictví v mld USD	33,1	36,2	37,8	39,3	42,8
Očekávaná délka života při narození (let)	80,1	80,4	80,7	neuvedeno	neuvedeno
Očekávaná délka života při narození – muži (let)	77,7	78,0	78,3	neuvedeno	neuvedeno
Očekávaná délka života při narození – ženy (let)	82,5	82,8	83,0	neuvedeno	neuvedeno
Kojenecká úmrtnost na 1000 obyvatel	5,4	5,0	5,1	neuvedeno	neuvedeno

Zdroj: OECD – Country statistical profiles: Key tables from OECD

Tab. 4.5 Francie – základní informace

Francie	r.2005	r.2006	r.2007	r.2008	r.2009
Počet obyvatel v miliónech	61,18	61,59	61,96	62,3	62,63
HDP v miliardách USD	1 860,7	1 991	2 114,4	2 178,5	2 152,4
HDP na 1 obyvatele v USD	29 554	31 406	33 151	33 963	33 373
Veřejné výdaje na zdravotnictví v % HDP	8,8	8,7	8,6	8,6	9,2
Veřejné výdaje na zdravotnictví v mld USD	162,8	173,1	182,6	187,9	197,6
Soukromé výdaje na zdravotnictví v % HDP	2,4	2,3	2,4	2,5	2,6
Soukromé výdaje na zdravotnictví v mld USD	43,7	46,7	50,5	53,9	56,0
Očekávaná délka života při narození (let)	80,3	80,7	80,9	81	81,6
Očekávaná délka života při narození – muži (let)	76,7	77,1	77,4	77,6	77,7
Očekávaná délka života při narození – ženy (let)	83,8	84,2	84,4	84,3	84,4
Kojenecká úmrtnost na 1000 obyvatel	3,8	3,8	3,8	3,8	3,9

Zdroj: OECD – Country statistical profiles: Key tables from OECD

Tab. 4.6 Polsko – základní informace

Polsko	r.2005	r.2006	r.2007	r.2008	r.2009
Počet obyvatel v miliónech	38,16	38,13	38,11	38,11	38,15
HDP v miliardách USD	526,1	574,6	638,9	688,5	722
HDP na 1 obyvatele v USD	13 786	15 067	16 762	18 062	18 925
Veřejné výdaje na zdravotnictví v % HDP	4,3	4,3	4,6	5,1	5,3
Veřejné výdaje na zdravotnictví v mld USD	22,7	24,9	29,1	34,8	38,4
Soukromé výdaje na zdravotnictví v % HDP	1,9	1,9	1,9	1,9	2,0
Soukromé výdaje na zdravotnictví v mld USD	10	10,7	12	13,4	14,4
Očekávaná délka života při narození (let)	75,1	75,3	75,3	75,6	75,8
Očekávaná délka života při narození – muži (let)	70,8	70,9	71	71,3	71,5
Očekávaná délka života při narození – ženy (let)	79,4	79,6	79,7	80	80
Kojenecká úmrtnost na 1000 obyvatel	6,4	6,0	6,0	5,6	5,6

Zdroj: OECD – Country statistical profiles: Key tables from OECD

Tab. 4.7 Nizozemí – základní informace

Nizozemí	r.2005	r.2006	r.2007	r.2008	r.2009
Počet obyvatel v miliónech	16,32	16,34	16,38	16,22	16,28
HDP v miliardách USD	572,9	622	667,3	705,1	674,4
HDP na 1 obyvatele v USD	35 111	38 064	40 744	42 887	40 804
Veřejné výdaje na zdravotnictví v % HDP	5,9	neuvedeno	neuvedeno	7,4	9,5
Veřejné výdaje na zdravotnictví v mld USD	33,8	neuvedeno	neuvedeno	52,2	64,1
Soukromé výdaje na zdravotnictví v % HDP	3,1	2,3	1,6	1,6	1,7
Soukromé výdaje na zdravotnictví v mld USD	17,8	14,3	10,9	11,3	11,5
Očekávaná délka života při narození (let)	79,4	79,8	80,2	80,3	80,6
Očekávaná délka života při narození – muži (let)	77,2	77,6	78	78,3	78,5
Očekávaná délka života při narození – ženy (let)	81,6	81,9	82,3	82,3	82,7
Kojenecká úmrtnost na 1000 obyvatel	4,9	4,4	4,1	3,8	3,8

Zdroj: OECD – Country statistical profiles: Key tables from OECD

Tab. 4.8 Švýcarsko – základní informace

Švýcarsko	r.2005	r.2006	r.2007	r.2008	r.2009
Počet obyvatel v miliónech	7,43	7,48	7,55	7,64	7,74
HDP v miliardách USD	266,1	295,6	325,7	351,5	349,8
HDP na 1 obyvatele v USD	35 478	39 116	42 758	45 586	44 840
Veřejné výdaje na zdravotnictví v % HDP	6,7	6,4	6,3	6,4	6,8
Veřejné výdaje na zdravotnictví v mld USD	17,8	18,8	20,4	22,5	23,8
Soukromé výdaje na zdravotnictví v % HDP	4,5	4,4	4,3	4,4	4,6
Soukromé výdaje na zdravotnictví v mld USD	12,1	13,0	14,1	15,3	16,1
Očekávaná délka života při narození (let)	81,3	81,7	82	82,2	82,3
Očekávaná délka života při narození – muži (let)	78,7	79,2	79,5	79,8	79,9
Očekávaná délka života při narození – ženy (let)	84	84,2	84,4	84,6	84,6
Kojenecká úmrtnost na 1000 obyvatel	4,2	4,4	3,9	4	4,3

Zdroj: OECD – Country statistical profiles: Key tables from OECD

Tab. 4.9 USA – základní informace

USA	r.2005	r.2006	r.2007	r.2008	r.2009
Počet obyvatel v miliónech	295,61	298,43	301,39	304,17	306,65
HDP v miliardách USD	12 579,7	13 336,2	13 995	14 296,9	14 043,9
HDP na 1 obyvatele v USD	42 466	44 595	46 337	46 901	45 674
Veřejné výdaje na zdravotnictví v % HDP	6,9	7,1	7,2	7,6	8,3
Veřejné výdaje na zdravotnictví v mld USD	873,2	947,4	1 011,6	1 081,1	1 163,7
Soukromé výdaje na zdravotnictví v % HDP	8,8	8,7	8,8	8,9	9,1
Soukromé výdaje na zdravotnictví v mld USD	1 107,6	1 163,3	1 230,0	1 267,0	1 277,3
Očekávaná délka života při narození (let)	77,4	77,7	77,9	78	78,2
Očekávaná délka života při narození – muži (let)	74,9	75,1	75,4	75,5	75,7
Očekávaná délka života při narození – ženy (let)	79,9	80,2	80,4	80,5	80,6
Kojenecká úmrtnost na 1000 obyvatel	6,9	6,7	6,8	6,5	neuveдено

Zdroj: OECD – Country statistical profiles: Key tables from OECD

4.2 Zhodnocení charakteristik

V Austrálii, Kanadě, Polsku, Nizozemí dochází k stálému nárůstu veřejných výdajů na zdravotnictví, vyjádřenému procentem z HDP. U Kanady je patrný skokový nárůst na 8,1 % v roce 2009 oproti 7,2 % v roce 2008, což může být také ovlivněno faktem, že HDP v roce 2009 byl nižší než v roce 2008. U Francie je patrný významnější nárůst na 9,2 % v roce 2009 oproti 8,6 % v roce 2008, přičemž opět zde došlo ke snížení HDP v roce 2009 oproti roku 2008. V Polsku došlo výraznějším nárůstu v roce 2008 na 5,1 % oproti 4,6 % v roce 2007. V Nizozemí je patrný skokový nárůst v roce 2009 na 9,5 % oproti 7,4 % v roce 2008, přičemž v roce 2009 došlo k poklesu HDP oproti roku 2008. Ve Švýcarsku byla klesající tendence až do roku 2007. Od roku 2007 procentuální podíl výdajů na HDP opět stabilně roste.

Ve všech sledovaných zemích má očekávaná délka života při narození žen, mužů i celkově za obě pohlaví stoupající tendenci. Zároveň platí, že očekávaná délka života u žen je vyšší než očekávaná délka života u mužů. U Švýcarska, Nizozemí, Kanady a Austrálie činil tento rozdíl za sledovaná období zpravidla 4 roky. U Francie se tento rozdíl pohybuje okolo 7 let. V případě Polska naděje na dožití žen je až o 9 let vyšší než u mužů.

Kojenecká úmrtnost má u všech zemí více méně klesající tendenci, s výjimkou Polska. Ale ani zde není nárůst význačný.

Pro USA je typické, že podíl soukromých výdajů na zdravotnictví převyšuje podíl veřejných výdajů na zdravotnictví. Přičemž obojí výdaje stabilně rostou (podle ukazatele výdaje na zdravotnictví v procentech HDP).

Očekávaná délka života při narození má stoupající tendenci, jak celkově, tak separátně u mužů a u žen. Kojenecká úmrtnost má klesající tendenci. Přičemž kojenecká úmrtnost je výrazně vyšší než v ostatních sledovaných státech včetně Polska. Zároveň očekávaná délka života je v USA podstatně nižší než v ostatních sledovaných státech s výjimkou Polska. Stejně jako v ostatních státech i zde je faktem, že očekávaná délka života žen je vyšší než očekávaná délka života mužů. Ve sledovaném období rozdíl zpravidla činil 5 let.

4.3 Další informace o zdravotnických systémech těchto zemí

V Austrálii a Kanadě je zdravotní péče automaticky poskytována celému obyvatelstvu a její financování je prováděno převážně z daní.

Ve Francii a Polsku je zavedeno zdravotní pojištění, které je povinné pro všechny nebo téměř pro všechny obyvatele. Toto pojištění je financováno pomocí příspěvků odváděných v závislosti na příjmu. Tyto příspěvky jsou přitom často nahrazovány vládními financemi pocházejících z daní. Zdravotní pojištění je většinou spojené se zaměstnáním a vztahuje se i na rodinné příslušníky zaměstnanců. Ve Francii existují tři oddělené zdravotnické fondy – pro zaměstnance, pro pracovníky v zemědělství a pro osoby samostatně výdělečně činné. Velikost příspěvků a benefitů je dána jednotně pro všechny tři zdravotnické fondy. V rámci těchto fondů jsou automaticky pojištěni také rodinní příslušníci. Není zde možnost výběru pojistitele.

V Polsku existuje pouze jediná zdravotní pojišťovna, které jsou odváděny příspěvky na zdravotní pojištění.

V Nizozemí a ve Švýcarsku je zdravotní pojištění povinné pro všechny obyvatele. Zdravotní pojištění není plně financováno z příspěvků souvisejících s příjmem. Namísto toho jedinci platí skupinově ohodnocené pojistné fondům zdravotního pojištění. Mezi fondy zdravotního pojištění panuje konkurence. Trhy se zdravotním pojištěním jsou v obou zemích silně regulovány. Cílem této regulace je řešit selhání trhu a zajistit všeobecný přístup ke zdravotnímu pojištění. Jedním z prostředků je zákonem stanovené pravidlo, na základě kterého poskytovatelé zdravotního pojištění nesmí odmítnout pojistit žádného žadatele. Jsou zde také zavedeny mechanismy řízení rizika, které mají sloužit k usměrňování nákladů a rizik. Z důvodu silné regulace zdravotního pojištění ve Švýcarsku a v Nizozemí je jejich systém v mezinárodním systému zdravotnických účtů klasifikován spíše jako sociálně-zdravotní pojištění, než soukromé zdravotní pojištění.

Ve Švýcarsku je stanoven jednotný koš benefitů, který pojistitelé nemohou měnit. Pojistitelé jsou nuceni vybírat stejné pojistné od všech svých pojištěnců, ale mají

možnost nabízet nižší pojistné výměnou za využívání „plánů řízené péče“ nebo za vyšší spoluúcast. Zároveň platí, že děti a studenti odvádějí nižší pojistné.

V Nizozemí je povoleno pojistitelům upravovat košík dávek, ale pouze směrem nahoru. Základní balíček pojištění je dán národní vládou, pojistitelé nemohou snížit tuto úroveň pokrytí. Pojistitelé mohou nabídnout nižší pojistné (až o 10 %), a to lidem, kteří se pojistí skrze kolektivní smlouvu. Kolektivní smlouvy mohou být „uzavřené“ (např. vyjednány zaměstnavatelem a určeny pro jeho zaměstnance) nebo „otevřené“, což znamená, že jsou sjednány například skupinou spotřebitelů a otevřené komukoliv, kdo se chce připojit.

Ve Švýcarsku je pokrytí základní primární zdravotní péče zajišťováno neziskovými pojistiteli. V Nizozemí mohou zdravotní pojišťovny působit na ziskové i na neziskové bázi.

V Nizozemí mají zdravotní pojišťovny možnost vybrat si poskytovatele zdravotních služeb. Naproti tomu ve Švýcarsku tato možnost není. Při uzavírání smlouv s praktickými lékaři a jednotlivými nemocnicemi, mohou pojistitelé vyjednávat o cenách, množství, kvantitě a kvalitě služeb zdravotní péče. V Nizozemí mohou vyjednávat i s farmaceutickými firmami o případných slevách. Pojistitelé mohou vyhlásit tendr na poskytování léků v kategorii homogenních produktů a proplácet pak pouze produkt firmy, která vyhrála (tzv. preferovaný lék). Pokud lékař nerozhodne, že tento lék je pro konkrétního pacienta nevhodný. V Nizozemí je možnost vyjednávání široce využívána. Pojistitelé a nemocnice vyjednávají ceny pro 20 % nemocničních služeb.

V Austrálii a v Kanadě nejsou nutné intervence veřejného sektoru ve prospěch osob s vysokými zdravotními riziky nebo s nedostatečnými příjmy, neboť v těchto zemích mají všichni obyvatelé automaticky přístup ke zdravotní péči.

V zemích využívajících systém zdravotního pojištění je zpravidla zabezpečení osob s vysokými zdravotními riziky nebo s nedostatečnými příjmy zakomponováno v zákonných úpravách. Co se týče osob s vysokými zdravotními riziky, pokud je v zemi zdravotní pojistné odváděno na základě příjmu, není třeba dodatečných opatření.

Pokud ne, může být v zákoně zakomponován zákaz odmítnutí poskytnout pojištění takovéto osobě.

Pro osoby s nedostatečnými příjmy existuje ve Francii, Nizozemí a Švýcarsku systém dotací na nákup zdravotního pojištění. V Nizozemí a ve Švýcarsku jsou tyto dotace účelově testovány. Tyto dotace jsou v Nizozemí využívány přibližně 40 % populace a ve Švýcarsku přibližně 30 % populace.

Ve Francii mají jedinci s příjmem nižším než 8 774 euro za rok (dle údaje pro rok 2008) nárok na bezplatné zajištění zdravotní péče prostřednictvím univerzálního schématu pokrytí (CMU - Couverture maladie universelle). V roce 2008 byla pomocí tohoto programu zajištěna zdravotní péče přibližně pro 2,3 % populace.

V Polsku jsou příspěvky na zdravotní pojištění za některé skupiny obyvatelstva hrazeny ze státního rozpočtu (např. za registrované nezaměstnané, kteří nedostávají sociální příspěvky). Další ohrožené skupiny, kterými jsou nepojištěné osoby a uprchlíci, mají nárok na bezplatnou zdravotní péči.

Jednotlivé země se zpravidla liší v tom, co je zahrnuto do základní primární zdravotní péče. OECD zahrnuje do **základní primární zdravotní péče** deset služeb:

1. Akutní nemocniční péče
2. Ambulantní péče praktických lékařů
3. Ambulantní péče lékařů specialistů
4. Klinické laboratorní testy
5. Diagnostické snímkování
6. Služby fyzioterapeutů
7. Farmaceutika
8. Brýle a kontaktní čočky
9. Zubní péče
10. Zubní protézy

Tabulky 4.10 a 4.11 udávají, jakým způsobem je těchto 10 zdravotních služeb zahrnuto nebo nezahrnuto v základním pokrytí zdravotní péče v jednotlivých zemích.²¹

Tab. 4.10 Zahrnutí 10 služeb do základního pokrytí zdravotní péče v jednotlivých zemích (v %)

Stát / Služba	Akutní nemocniční péče	Ambulantní péče praktických lékařů	Ambulantní péče lékařů specialistů	Klinické laboratorní testy	Diagnostické snímkování
Austrálie	Zahrnuto 100%	Zahrnuto 76-99%	Zahrnuto 76-99%	Zahrnuto 51-75%	Zahrnuto 51-75%
Kanada	Zahrnuto 100%	Zahrnuto 100%	Zahrnuto 100%	Zahrnuto 100%	Zahrnuto 100%
Francie	Zahrnuto 76-99%	Zahrnuto 51-75%	Zahrnuto 51-75%	Zahrnuto 51-75%	Zahrnuto 76-99%
Polsko	Zahrnuto 100%	Zahrnuto 100%	Zahrnuto 100%	Zahrnuto 100%	Zahrnuto 100%
Nizozemí	Zahrnuto 100%	Zahrnuto 100%	Zahrnuto 100%	Zahrnuto 100%	Zahrnuto 100%
Švýcarsko	Zahrnuto 100%	Zahrnuto 76-99%	Zahrnuto 76-99%	Zahrnuto 76-99%	Zahrnuto 76-99%

Zdroj: OECD Health Working Papers No.50

Z tabulky je patrné, že u většiny těchto zemí jsou služby akutní nemocniční péče, ambulantní péče praktických lékařů, ambulantní péče lékařů specialistů, klinické laboratorní testy a diagnostické snímkování převážně zahrnuty do základního pokrytí zdravotní péče a rozsah se blíží spíše 100 % - úplnému zahrnutí. Bez ohledu na to, zdali je v zemi uplatňován model národní zdravotní služby, veřejného zdravotního pojištění nebo regulovaného soukromého zdravotního pojištění.

²¹ Table 8. Coverage of ten functions of care by basic primary health coverage (Q13) (typical range of costs covered).

Tab. 4.11 Zahrnutí 10 služeb do základního pokrytí zdravotní péče v jednotlivých zemích (v %) - pokračování

Stát / Služba	Služby fyzioterapeutů	Farmaceutika	Brýle a kontaktní čočky	Zubní péče	Zubní protézy
Austrálie	Zahrnuto 1-99%	Zahrnuto 76-99%	Nezahrnuto	Nezahrnuto	Nezahrnuto
Kanada	Nezahrnuto	Zahrnuto 51-75%	Nezahrnuto	Nezahrnuto	Nezahrnuto
Francie	Zahrnuto 1-99%	Zahrnuto 76-99%	Zahrnuto 1-50%	Zahrnuto 1-50%	Zahrnuto 1-50%
Polsko	Zahrnuto 100%	Zahrnuto 51-75%	Zahrnuto 1-50%	Zahrnuto 100%	Zahrnuto 100%
Nizozemí	Zahrnuto 1-99%	Zahrnuto 100%	Nezahrnuto	Zahrnuto 1-50%	Nezahrnuto
Švýcarsko	Zahrnuto 1-99%	Zahrnuto 76-99%	Zahrnuto 1-50%	Nezahrnuto	Nezahrnuto

Zdroj: OECD Health Working Papers No.50

Z tabulky 4.11 je vidět, že brýle a kontaktní čočky, zubní péče a zubní protézy spíše nejsou v základní zdravotní péči zahrnuty, nebo pouze minimálně. S výjimkou Polska.

Procento zahrnutí farmaceutik do základní zdravotní péče naznačuje, že u léků ve většině zemí existují spoluplatby. S výjimkou Nizozemí. Služby fyzioterapeutů jsou naopak z větší části zahrnuty v základní zdravotní péči. Zde je výjimkou Kanada, která tyto služby nemá v základní zdravotní péči zahrnuty ani částečně.

Ve Francii typický podíl na nákladech zahrnujících ambulantní služby praktických lékařů činí 60 %. Avšak doplňkové zdravotní pojištění, které má 91 % populace, pokrývá prakticky všechny spoluplatby.

V Kanadě nejsou farmaceutika zahrnuta v balíčku základního pokrytí definovaného Kanadským zákonem o zdraví, avšak federální a provinční vlády přispívají některým skupinám populace včetně seniorů na úhradu léků. Také většina zaměstnavatelů poskytuje pokrytí léků jako součást zaměstnaneckých benefitů.

V Austrálii je veřejným pacientům poskytována ve veřejných nemocnicích bezplatná hospitalizační péče. Pokud se pacienti rozhodnou, že se budou léčit jako soukromí pacienti, setkávají se zpravidla spoluúčastí, neboť všechny výdaje na léčbu

jsou pokryty v rámci soukromého zdravotního pojištění. Jako soukromí pacienti se mohou léčit ve veřejných i v soukromých nemocnicích.

Ve všech státech jsou také používány různé **způsoby úhrad lékařům** za poskytnutí zdravotní péče. Převažující způsoby úhrad zjištěné na základě průzkumu OECD jsou uvedeny v tabulce 4.12.

Tab. 4.12 Způsoby úhrad lékařům

Stát/Lékař	Praktický lékař primární péče	Ambulantní specialista	Specialista v nemocnici
Austrálie	Za výkon	Za výkon	Mzda
Kanada	Za výkon	Za výkon	Za výkon
Francie	Za výkon	Za výkon	Mzda
Polsko	Kapitace	Za výkon/mzda	Za výkon
Nizozemí	Za výkon/Kapitace	Neuvedeno	Za výkon
Švýcarsko	Za výkon	Za výkon	Neuvedeno

Zdroj: OECD Health Working Papers No.50

5 ZÁVĚR

Zdravotnické systémy jednotlivých států se neustále vyvíjejí. Přestože ve sledovaných členských státech OECD existuje snaha o co nejvyšší pokrytí obyvatelstva základní zdravotní péčí, způsoby, kterými se snaží jednotlivé státy tohoto cíle dosáhnout, se liší. Státy uplatňující model Národní zdravotní služby nebo jeho modifikaci zajišťují automatické poskytování základní zdravotní péče pro všechny své obyvatele bez rozdílu. Státy, které využívají model zdravotního pojištění, ať všeobecného zdravotního pojištění nebo soukromého zdravotního pojištění, mají tendenci zajistit pojištění pro každého občana tak, aby mu tak vznikl nárok na alespoň základní zdravotní péči. Výjimkou jsou USA, kde je zdravotní pojištění dosud nepovinné, a tak zde existuje velké procento nepojištěných občanů ve srovnání s ostatními vyspělými státy.

Cílem práce bylo charakterizovat základní rozdělení světových zdravotnických systémů a porovnat zdravotnické systémy vybraných zemí. Dále zachytit případný vliv typu používaného zdravotnického systému na vybrané celkové ukazatele.

Tři základní typy zdravotnických systémů, kterými jsou Národní zdravotní služba, Národní zdravotní pojištění a Tržní (pluralitní) zdravotnictví byly popsány a charakterizovány.

Zdravotnické systémy Austrálie, Kanady (představitelé systému národní zdravotní služby), Francie, Polska, Švýcarska a Nizozemí (představitelé systému národního zdravotního pojištění) byly charakterizovány ze základních hledisek, a to uvedením institutu, který zajišťuje zdravotní péči, hlavního zdroje financování zdravotní péče, způsobu pokrytí obyvatelstva primární péčí (automatický, povinný, dobrovolný), procenta zahrnutí některých zdravotnických služeb do základního pokrytí zdravotní péče a převažujícího způsobu úhrad lékařům. USA, jakožto představitel tržního (pluralitního) zdravotnictví, byly zahrnuty ve zhodnocení údajů: o velikosti HDP těchto států, podílů výdajů na zdravotnictví na HDP, ukazatele očekávané délky života při narození a ukazatele kojenecké úmrtnosti. Tyto ukazatele byly sledovány za období let 2005 – 2009 na základě statistik OECD.

Zkoumané státy se odlišují především převažující formou zdroje financování zdravotní péče a organizací zajišťování zdravotní péče. Ve sledovaných státech je snaha o celkové pokrytí obyvatelstva základní zdravotní péčí, ať už se jedná o automatické pokrytí nebo pokrytí prostřednictvím zdravotního pojištění. V případě Polska OECD uvádí existenci 1 % nepojištěných osob. USA jsou ve snaze o všeobecném pokrytí obyvatelstva zdravotní péčí výjimkou, neboť zde existuje zhruba 16 % nepojištěného obyvatelstva (dle údaje za rok 2010). Obsah poskytované základní zdravotní péče se také v jednotlivých státech liší. Zároveň je patrné, že státy spíše nezahrnují zubní protézy, zubní péči, brýle a kontaktních čočky do základního pokrytí. Zatímco akutní nemocniční péče a ambulantní péče praktických lékařů je ve většině sledovaných zemí zahrnuta téměř 100 procenty. Ve všech zemích je patrný nárůst celkových výdajů na zdravotnictví, ať již vyjádřený jako procento z HDP nebo celkovou výší výdajů. Očekávaná délka života při narození u sledovaných států spíše stoupá, zatímco kojenecká úmrtnost má spíše klesající tendenci.

Závěrem lze uvést, že výdaje na zdravotnictví stoupají ve všech zemích, nezávisle na tom, který zdravotnický systém je v dané zemi používán. Ukazatele očekávané délky života při narození a ukazatel kojenecké úmrtnosti USA - představitele liberálního zdravotnického systému - jsou horší v porovnání s ostatními státy. Polsko je v tomto ohledu na obdobné úrovni jako USA, nicméně je nutné si uvědomit, že Polsko je bývalý socialistický stát, a tedy jeho ekonomický vývoj je oproti ostatním sledovaným státům opožděn a podíl HDP na jednoho obyvatele výrazně nižší než v případě USA. Pro potvrzení by bylo vhodné sledovat a zhodnotit delší období a více ukazatelů.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Literatura

- [1] BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. 223 s. ISBN 978-80-7357-503-8.
- [2] BARTÁK, Miroslav a Helena VOMÁČKOVÁ. *Vzdělávací a zdravotní politika v práci OECD*. 1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, 2008. 134 s. ISBN 978-80-7414-093-8.
- [3] DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha: Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9.
- [4] HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0.
- [5] HOLČÍK, Jan, Pavlína KAŇOVÁ a Lukáš PRUDIL. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-417-8.
- [6] JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.
- [7] PEKOVÁ, Jitka, Jaroslav PILNÝ a Marek JETMAR. *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. 3. vyd. Praha: ASPI, 2008. 712 s. ISBN 978-80-7357-351-5.
- [8] ŠATERA, Karel. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010. 115 s. ISBN 978-80-7318-971-6.
- [9] VURM, Vladimír. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9.

Internetové odkazy

- [10] Bundesministerium fuer Gesundheit: Daten des Gesundheitswessens 2011 [online] [cit.květen2012] Dostupné z:
http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Ministerium/Broschueren/Broschuere_Daten_Gesundheit_2011_Internet_110818.pdf

- [11] National Audit Office : National Health Service Landscape Review [online] [cit. květen 2012] Dostupné z:
http://www.nao.org.uk/publications/1011/nhs_landscape_review.aspx
- [12] OECD – Health systems institutional characteristics [online] [cit. duben 2012]
Dostupné z: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-systems-institutional-characteristics_5kmfxfq9qbnr-en
- [13] OECD – Country statistical profiles: Key tables from OECD [online] [cit. duben 2012] Dostupné z: http://www.oecd-ilibrary.org/economics/country-statistical-profiles-key-tables-from-oecd_20752288
- [14] U.S. Census Bureau - Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2010 [online] [cit. květen 2012] Dostupné z:
<http://www.census.gov/prod/2011pubs/p60-239.pdf>

SEZNAM ZKRATEK

CMU	Couverture maladie universelle, Všeobecné pokrytí zdravotní péče
ČR	Česká republika
HDP	Hrubý domácí produkt
NHS	National Health Service, Národní zdravotní služba
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development, Organizace pro ekonomickou spolupráci a vývoj
PKV	Private Krankenversicherung, Soukromé zdravotní/nemocenské pojištění
r.	rok
USA	United States of America, Spojené státy americké
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

PROHLÁŠENÍ O VYUŽITÍ VÝSLEDKŮ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Prohlašuji, že

- jsem byla seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. – autorský zákon, zejména § 35 – užití díla v rámci občanských a náboženských obřadů, v rámci školních představení a užití díla školního a § 60 – školní dílo;
- beru na vědomí, že Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava (dále jen VŠB-TUO) má právo nevýdělečně, ke své vnitřní potřebě, bakalářskou práci užít (§ 35 odst.3);
- souhlasím s tím, že bakalářská práce bude v elektronické podobě archivována v Ústřední knihovně VŠB-TUO a jeden výtisk bude uložen u vedoucího diplomové bakalářské práce. Souhlasím s tím, že bibliografické údaje o bakalářské práci budou zveřejněny v informačním systému VŠB-TUO;
- bylo sjednáno, že s VŠB-TUO, v případě zájmu z její strany, uzavřu licenční smlouvu s oprávněním užít dílo v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- bylo sjednáno, že užít své dílo, bakalářskou práci, nebo poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠB-TUO, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly VŠB-TUO na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše).

V Ostravě dne 8. května 2012

.....

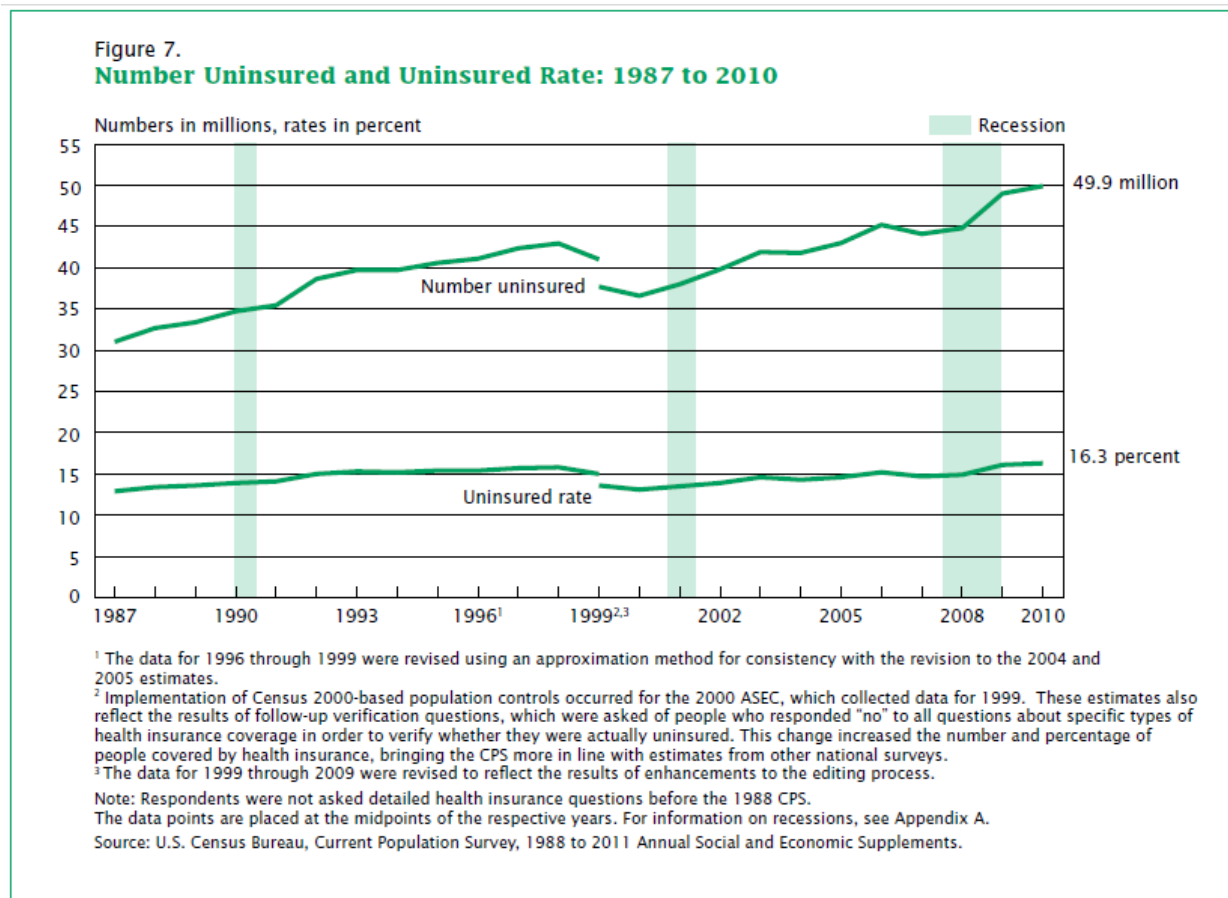
Marta Lacinová

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1 Počet nepojištěných a procento nepojištěných: 1997 – 2010 (v USA)

PŘÍLOHY

Příloha č.1 Počet nepojištěných a procento nepojištěných: 1997 – 2010 (v USA)



U.S. Census Bureau

Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2010 23

Zdroj: DeNavas-Walt, Carmen, Bernadette D. Proctor, and Jessica C. Smith, U.S. Census Bureau, Current Population Reports, P60-239, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2010*, U.S. Government Printing Office, Washington, DC, 2011.